



Journal des anthropologues

Association française des anthropologues

96-97 | 2004

Globalisation. Tome I

Les enjeux de la privatisation des soins en Algérie

The Underlying Stakes of the Privatisation of Healthcare in Algeria

Mohamed Mebtoul



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/jda/1840>

DOI : 10.4000/jda.1840

ISSN : 2114-2203

Éditeur

Association française des anthropologues

Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 2004

Pagination : 195-207

ISSN : 1156-0428

Référence électronique

Mohamed Mebtoul, « Les enjeux de la privatisation des soins en Algérie », *Journal des anthropologues* [En ligne], 96-97 | 2004, mis en ligne le 22 février 2009, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/jda/1840> ; DOI : 10.4000/jda.1840

Ce document a été généré automatiquement le 19 avril 2019.

Journal des anthropologues

Les enjeux de la privatisation des soins en Algérie

The Underlying Stakes of the Privatisation of Healthcare in Algeria

Mohamed Mebtoul

- 1 L'un des glissements importants observé au cours de la dernière décennie dans le champ de la santé, me semble lié à la montée du secteur privé¹ au pluriel qui élargit sans cesse ses différentes activités de soins. Au-delà de ses aspects quantitatifs (51% de spécialistes ont intégré le secteur privé, une centaine de cliniques privées et plus de deux cents projets), le questionnement est ici focalisé sur les sens des transformations qu'il permet de mettre en évidence non seulement dans le champ de la santé mais aussi dans la société.
- 2 On assiste en effet à une recomposition des rapports entre les pouvoirs publics, les médecins du secteur étatique et celui du privé. Recomposition qui se traduit notamment par l'émergence de nouveaux investisseurs privés sur la scène sociosanitaire et la constitution d'autres rapports professionnels dans l'espace de soins privé. Mais il est important d'indiquer que l'émergence et la poussée importante des rapports marchands dans le domaine des soins restent profondément enchâssées dans un mode de régulation bureaucratique difforme, opaque, fonctionnant moins au respect de la règle qu'aux relations personnelles et au clientélisme. La visibilité du secteur privé, notamment les cliniques privées (dans un quartier donné, il est possible d'observer côte à côte la présence de trois cliniques imposantes), ne vient-elle pas renforcer ce mouvement d'intégration et d'exclusion de la population (Hours, 2002) selon ses ressources financières et relationnelles ?
- 3 Ces questionnements m'ont progressivement conduit à formuler de nouveaux objets de recherche dans le champ de la santé, en relevant le paradoxe suivant : ne sommes-nous pas restés « prisonniers » du secteur étatique de la santé et de la santé publique, tout en les analysant dans leur dimension critique, occultant les soins privés ? Appréhender la santé comme une production de dynamiques sociales plurielles permet difficilement d'occulter les raisons de l'émergence de nouvelles figures d'acteurs comme celles des

médecins-entrepreneurs ou des patrons privés (fromagerie, ou autres) qui élargissent leur champ d'activités en s'engageant dans la construction de cliniques privées, investissant dans les segments professionnels tels que la chirurgie, la cardiologie ou la gynécologie.

- 4 Dans une première partie, j'essaierai donc d'analyser la nouvelle configuration qui prend socialement forme dans le champ de la santé. J'insisterai plus particulièrement sur le processus qui a permis l'émergence et l'extension de la marchandisation du domaine des soins dans la société algérienne. Dans une deuxième partie, je tenterai de comprendre les formes de mobilisation du personnel de santé déployées dans les cliniques privées. Autrement dit, je montrerai comment se construisent les rapports de travail dans ces espaces privés (cliniques).

Un marché difforme des soins

- 5 Le système de santé officiel est dominé, au cours de la décennie quatre-vingt-dix par une mutation importante. Elle peut s'énoncer comme suit : si dans la décennie soixante-dix, les questions de la santé ont été appréhendées en référence à cette utopie communautaire prenant racine dans les soins de santé primaire prônés par la conférence d'Alma Ata en 1978, mais n'ayant pu se concrétiser que par la médiation d'une rente pétrolière importante, on est en présence aujourd'hui d'une configuration sociosanitaire caractérisée notamment par la prégnance d'un marché difforme des soins qui s'est constitué de façon rapide et violente². Pour comprendre le sens de ces transformations, on évoquera trois éléments importants à l'origine de son émergence.
- 6 Le premier élément fait référence à la captation de médecins spécialistes formés dans les hôpitaux, qui avaient acquis une expérience professionnelle appréciable. Ce sont précisément ces spécialistes qui vont constituer l'élite médicale du secteur privé des soins. Exerçant antérieurement dans un système professionnel fragile (hôpital) en rupture avec leur système de référence de la médecine, centré sur la valorisation de l'objet technique (Mebtoul, 1994), cette élite médicale a privilégié une stratégie individuelle de reclassement orientée principalement vers le secteur privé des soins. Son insertion dans l'espace privé des soins va donc explicitement s'inscrire dans un processus de réussite sociale et professionnelle. Il a été rendu possible grâce à une survalorisation sociale du spécialiste³ et à la décrédibilisation de l'hôpital. En Égypte, Chiffolleau (2001) note aussi l'importance sociale de la spécialisation. « La pseudo-spécialisation, assez caractéristique de la situation égyptienne est une stratégie qui vise la distinction dans un contexte de quasi-surpopulation médicale. De façon générale, la spécialisation est une tendance lourde de la profession *médicale* ».
- 7 Le médecin spécialiste et missionnaire légitimé par l'État, durant les années soixante-dix, va progressivement rompre avec la logique de soupçon à l'égard du secteur privé, « intéressé uniquement par l'argent », qui était fortement prégnante durant cette période dominée par l'idéologie « socialiste ».
- 8 Aujourd'hui, mes recherches en cours montrent bien la symbiose entre la valorisation sociale et professionnelle du statut de cette élite médicale et le renforcement de la privatisation des soins dans la société. Ce qui contribue à accentuer la bipolarisation entre d'une part les médecins souvent plus jeunes, isolés et exerçant dans un espace étatique de soins dominé par un profond déclasserement de la profession médicale et

d'autre part, cette élite médicale plus ancienne, formée au cours de la décennie soixante-dix. Ce qui n'interdit pas à la majorité des jeunes praticiens du secteur public de produire un imaginaire centré sur leur future insertion dans le secteur privé des soins. Concernant cette élite médicale socialement privilégiée, il est important d'observer qu'elle est entrée par effraction dans les espaces privés des soins ; elle était plus destinée, de par sa formation, son ancienneté dans la profession et son ethos universitaire, à intégrer le pôle hiérarchique dominant des CHU. Sa rupture avec l'hôpital la conduit aujourd'hui à devenir un acteur central dans la construction et le renforcement de la santé comme un marché (Hours, 2002), tout en se réappropriant une autonomie professionnelle (Freidson, 1984) qui était fragilisée à l'hôpital.

- 9 Paradoxalement, la logique de défiance à l'égard du secteur privé s'efface même parmi certains professeurs de médecine, exerçant encore à l'hôpital, qui n'hésitent plus à assurer des actes chirurgicaux ou médicaux dans les cliniques privées, contraints de nouer un rapport de dépendance à l'égard de leurs anciens étudiants, devenus responsables de ces espaces privés des soins.

J'ai 33 ans. Je suis directeur technique de la clinique privée. Je n'aurai jamais pu obtenir cela dans le secteur public, ou ailleurs... Cela m'a valu d'être connu par les professeurs, chefs de service de l'hôpital. Ils étaient nos maîtres, nos aînés. Or c'est dans le privé qu'ils nous ont vraiment connus. La relation avec eux est aujourd'hui différente. Je les appelle sur mon portable. Je les tutoie. (Directeur technique, clinique privée R., Oran)

- 10 Cela montre bien la prégnance d'une socialisation inversée qui se traduit par la dépréciation du statut de professeur de l'hôpital, conduit à se repositionner, même temporairement, dans le secteur privé mais dans une relation défavorable qui efface son titre de chef de service, pour se présenter comme un simple spécialiste, en échange d'un complément de revenus.
- 11 Le deuxième élément est lié à l'appropriation par le secteur privé de moyens techniques les plus récents (scanner, IRM, etc.) souvent en panne ou inexistant dans les structures hospitalières. A titre d'indication, le secteur privé dispose aujourd'hui de 47 scanners. Les treize CHU n'en totalisent que cinq⁴. L'extension du secteur privé des soins s'opère de façon dominante par la médiation de la technologie médicale. Elle va donc représenter sa base technique et sociale, qui lui permet, dans un contexte sociosanitaire valorisant la spécialisation des soins, de capter aisément un nombre important de patients de catégories sociales diversifiées. Ce marché difforme des soins peut être illustré par la reproduction du « monopole », mais cette fois-ci au profit du secteur privé des soins. Il se traduit notamment par un rite de passage (du public au privé) qui efface toute logique de concurrence, particulièrement quand la clinique ou le cabinet privé est seul à détenir l'équipement technique ou à avoir pu intégrer le spécialiste détenteur d'une réputation socialement reconnue. Autrement dit, le marché difforme des soins se renforce à partir d'un terrain propice et favorable qui lui permet aisément de se « nourrir » des dysfonctionnements de l'hôpital. Cette dynamique d'extension du secteur privé des soins, semble aujourd'hui inséparable d'une forme sociale d'autodépréciation de l'activité quotidienne assurée à l'hôpital, que l'on peut relever dans le discours des professionnels de la santé : « Allez faire l'échographie chez le privé. Elle sera meilleure ».
- 12 Il n'est donc pas étonnant que la majorité des « examens complémentaires » soit assurée par le secteur privé des soins.
- 13 Un troisième élément, plus macrosociologique, va nécessairement favoriser le développement du secteur privé des soins. Il s'agit de l'adhésion de l'État aux réformes

imposées par les organismes internationaux (FMI et Banque mondiale, OMC), à partir de 1994, contraint de mettre en œuvre le plan de réajustement structurel. A la santé « publique » longtemps privilégiée, même dans sa forme rhétorique (Fassin, 2001) par les pouvoirs publics, se substitue aujourd'hui un autre discours social centré sur la réforme hospitalière⁵. Ce glissement des objectifs et de la démarche de l'État, traduit bien, au-delà du leitmotiv sur la nécessaire rationalisation des activités de soins de l'hôpital, un impératif majeur au cœur des prescriptions des organismes internationaux, qui est celui du recouvrement des coûts par les patients, même si des nuances et une prudence « politique » semblent s'imposer, ciblant les catégories sociales aisées concernées par ces mesures.

- 14 La définition des politiques nationales de santé s'élabore de plus en plus sous la contrainte externe, conduisant les pouvoirs publics à privilégier explicitement un discours officiel centré sur « l'intégration » du secteur privé des soins au système de santé officiel. Autrement dit, il s'agit de concilier un mode de régulation centralisé et bureaucratique qui est celui des hôpitaux et un secteur privé des soins « autorisé » à se développer avec l'approbation des pouvoirs publics. « L'intégration » étant de l'ordre de l'impossibilité, il s'agit plus implicitement d'aboutir à la « paix sociale » entre une bureaucratie sanitaire et le secteur privé, produisant ce marché difforme des soins. A titre comparatif, November (2001) observe en Hongrie un phénomène analogue :

La bureaucratie et le marché ont trouvé une complicité étonnante dans le détournement des ressources du système de santé. Par exemple, les institutions publiques de santé et les initiatives privées parviennent à vivre en symbiose, ce qui donne une curieuse alliance entre intérêts publics et privés, mais qui ne sert pas l'intérêt général.

- 15 Les pouvoirs publics sont au cœur de la construction du statut ambigu de la privatisation des soins, avec notamment l'émergence et l'extension des cliniques privées. Ils ont notamment normalisé l'activité complémentaire des spécialistes du secteur public, dans le but d'atténuer leurs revendications salariales. En privilégiant depuis au moins trois décennies, un mode de régulation bureaucratique et centralisé du système de soins, ils ont été en grande partie à l'origine des stratégies individuelles de reclassement élaborées par les spécialistes du secteur public, devenus des acteurs essentiels du secteur privé des soins. La montée importante de la marchandisation du domaine des soins traduit bien le passage d'une idéologie de la « gratuité des soins » à l'importance sociale de l'argent, pour tenter de se soigner. Aujourd'hui, il s'agit moins d'opter de façon relativement autonome entre deux secteurs en « concurrence », à savoir celui du public et du privé, que d'être souvent contraint face à l'urgence de la maladie, à l'errance thérapeutique des patients anonymes, à la trop longue attente dans les hôpitaux, à recourir, même s'il faut s'endetter, à la clinique privée.
- 16 Le renforcement du secteur privé des soins est donc profondément lié aux multiples imbrications entre les logiques des pouvoirs publics, de certains médecins spécialistes (chirurgiens, gynécologues, etc.) de l'hôpital et ceux du secteur privé. L'imbrication dont il est question ici prend corps dans un processus de normalisation qui se traduit par exemple par une mobilité légale et encouragée par les pouvoirs publics des spécialistes qui peuvent exercer simultanément dans les secteurs publics et privés⁶. Ce double investissement professionnel des spécialistes n'est donc pas un phénomène à la marge ou exceptionnel. Il est au cœur des stratégies de reclassement d'une majorité de professionnels de la santé. On peut être sage-femme à l'hôpital et exercer parallèlement dans une clinique privée. On peut être responsable d'un service hospitalier de chirurgie,

tout en étant plus disponible pour réaliser des actes opératoires dans un espace sanitaire privé. L'imbrication est à l'origine d'une dynamique sociosanitaire, permettant d'une part aux pouvoirs publics de composer aujourd'hui avec un secteur privé antérieurement marginalisé, peu reconnu, et d'autre part à une majorité de spécialistes d'en être la figure emblématique. Autrement dit, le secteur privé des soins a pu aisément se « nourrir » et se renforcer par la médiation des logiques sociales à l'œuvre au sein du secteur étatique des soins et des pouvoirs publics.

- 17 La nouvelle configuration dans le champ de la santé ne peut donc être comprise de façon statique et descriptive, en référence uniquement à ses multiples dysfonctionnements techniques et sociaux. Mais il semble plus pertinent de décrypter les types de rapports noués entre les différents acteurs de la santé. Cette perspective montre bien que la césure secteur étatique-secteur privé est introuvable. Les logiques sociales déployées par les agents sociaux des deux secteurs, les passerelles légales déployées par les pouvoirs publics, dévoilent les multiples enchâssements qui vont permettre la constitution de réseaux à l'origine de l'émergence et du renforcement des espaces sanitaires privés. Hadjadj (1999) décrit de l'intérieur le mode de fonctionnement de l'administration sanitaire :

Une des particularités de l'administration de la santé publique est de fonctionner en cercle fermé. La formule « on lave le linge sale en famille » lui sied parfaitement. Dès qu'une affaire de corruption est ébruitée, tout est fait pour la traiter en interne, la « digérer » et l'étouffer rapidement. Dans le pire des cas, sans exagération, les auteurs du délit sont sanctionnés par une mutation et à l'occasion un blâme, très rapidement effacé du dossier administratif de l'intéressé afin de pas gêner une promotion ultérieure.

- 18 Mais la question importante est de comprendre du dedans comment le secteur privé des soins, et en particulier les cliniques privées, avec ses multiples ramifications au sein du secteur étatique de santé, capte et intègre le personnel de santé. Autrement dit, quelles sont les formes de mobilisation mises en œuvre par ces nouveaux investisseurs dans le champ de la santé ?

Les formes de mobilisation du personnel déployées au sein des cliniques privées

- 19 A l'inverse des fonctionnement des hôpitaux, les formes de mobilisation du personnel se structurent de façon horizontale : il s'agit pour les responsables de cliniques privées d'élargir leur champ d'activités par la constitution de réseaux familiaux et professionnels, devant permettre la flexibilité, la rapidité et l'efficacité immédiate des actions engagées par le personnel de la clinique. Ils vont donc opter pour deux formes de mobilisation du personnel de santé. Elles ont pour fondement le paternalisme et l'autorité disciplinaire qui ne s'accommodent pas de compromis ou de négociation. Ils se traduisent notamment parmi le personnel de santé par la peur de l'erreur et de la sanction prise dans des délais extrêmement rapides. Une sage-femme disait : « Mais l'erreur ici, ils ne pardonnent pas. C'est le privé ici. Chez l'État, ça passe. Chez le privé, tu n'a pas intérêt à faire une erreur ».
- 20 La première forme de mobilisation est interne à la clinique. Le personnel de santé est extrêmement réduit, a contrario de l'hôpital. Il s'insère dans une organisation du travail désenclavée, au sens où elle se constitue moins sur le poste de travail (particulièrement pour les sages-femmes et les infirmières) que « sur l'entraide entre les agents », ou pour être plus précis sur le déploiement de la polyvalence des tâches qui permet de mobiliser

le personnel de santé dans les différents espaces et services de la clinique. On peut observer que les agents du service de gynécologie sont tenus d'exercer leurs tâches au service de chirurgie et vice et versa. Cette forme de mobilisation du personnel permet d'une part, de faire face aux tensions et à la charge de travail qui peut prévaloir dans un service donné, tout en limitant l'effectif. Par exemple, une sage-femme major s'investira dans les tâches de nursing : changement de draps, transport du malade dans le bloc opératoire, etc. Ce « partage » des mauvaises tâches (Hugues, 1996) dévoile l'une des caractéristiques centrales de la clinique privée : celle de se transformer en une machine à soigner. On retrouve dans le discours des responsables de la clinique, les mêmes termes qui pourraient être évoqués par un responsable d'entreprise industrielle : rentabilité, investissements, baisse des prix, etc. « Une clinique privée ne peut être rentable qu'avec des investissements lourds, un bon accueil et une baisse des prix ». (Directeur technique d'une clinique privée).

- 21 Mes premières observations montrent que les « bonnes » conditions de travail (moyens techniques disponibles, des salaires relativement plus conséquents que ceux de l'hôpital, etc.) n'expliquent qu'en partie le déploiement de cette forme de mobilisation. Il me semble qu'il est difficile de sous-estimer les multiples tensions implicites au cœur des rapports professionnels entre les responsables et le personnel de santé recruté sur la base de contrats de trois mois renouvelables dans certaines cliniques. En effet, on peut relever que l'investissement actif au travail se conjugue avec la peur de mal faire, où chacun semble surveiller « l'autre » dans un espace sanitaire qui impose unilatéralement ses règles.

Tout le monde sait ici ce qu'il doit faire. Tout le monde est à son poste. Cela n'empêche pas qu'il y ait une contribution de toute l'équipe. C'est parce que c'est le privé qu'on n'a pas le droit à l'erreur. Cela s'est forgé. C'est mon boulot. Je le fais. Je n'attends pas à ce qu'on me fasse la remarque. Il y a une grande discipline. Cela veut dire que c'est le calme total. Il faut respecter les horaires de visite. Il faut que le café pour les malades soit servi à l'heure exigée. Il est important de respecter les horaires de repas. On impose le silence complet et la propreté est exigée à tout moment. (Sage-femme major, clinique privée).

- 22 La deuxième forme de mobilisation du personnel de santé, et particulièrement des médecins spécialistes est externe. Elle se constitue sur la base du réseau composé des spécialistes de cabinets privés et certains de leurs confrères de l'hôpital. Il s'agit d'assurer de façon temporaire un certain nombre d'actes médicaux et chirurgicaux. Par exemple, le spécialiste d'un cabinet privé a la possibilité d'opérer son malade au sein de la clinique qui lui assure tous les moyens humains et techniques nécessaires. C'est en réalité une véritable opération de sous-traitance constituée sur la base d'une alliance tacite entre les responsables de la clinique et les spécialistes des cabinets privés. Tout ce réseau construit à partir d'une dynamique horizontale semble donner plus de poids au secteur privé dans le domaine des soins. Ici, la notion de réseaux doit être comprise comme une modalité sociale qui autorise l'instauration rapide d'un rapport marchand entre les médecins spécialistes et les responsables de la clinique privée.
- 23 La clinique privée fonctionne ainsi comme une « machine à soigner » qui occulte en réalité, tout comme l'hôpital, les patients porteurs d'expériences sociales plurielles et diversifiées. Ici, les malades sont identifiés à partir de leur numéro de chambre. « Allez à la chambre 5, vous pouvez le descendre au bloc ».
- 24 Mais l'enjeu implicite au cœur du fonctionnement de la clinique privée se situe bien dans la captation du plus grand nombre de malades en donnant une visibilité à la performance technique, à la compétence des médecins, à l'hygiène et à la propreté de la formation

sanitaire. Mais ce cadre sociotechnique à lui seul, suffit-il pour donner un autre sens à la forme du lien social et thérapeutique noué entre le personnel et les malades ? Payer le prix fort pour se soigner, ne semble pas, selon nos observations, impliquer la reconnaissance de la dignité des malades.

- 25 En s'engouffrant dans les espaces d'opportunités créés par les pouvoirs publics et le secteur public de santé, les cliniques privées, loin d'opérer des *ruptures significatives*, viennent au contraire renforcer une dynamique sociale globale marquée par la prégnance sociale de l'argent dans la société et en conséquence donner plus de visibilité aux inégalités sociales de santé. Si la santé n'a pas de prix, elle a un coût social et financier pour une population confrontée à un marché difforme des soins qui ne peut qu'accentuer ce mouvement d'exclusion d'une majorité des patients.

BIBLIOGRAPHIE

CHIFFOLEAU S., 2001. « Les médecins égyptiens entre déclassé et vocation sociale », *Santé publique et sciences sociales*, 8-9 : 171-186.

FASSIN D., 2001. « Au cœur de la cité salubre. La santé publique entre les mots et les choses », in DOZON J.-P., FASSIN D. (dir.), *Critique de la santé publique, une approche anthropologique*. Paris, Balland : 47-73.

FREIDSON E., 1984. *La profession médicale*. Paris, Payot.

HADJADJ D., 1999. *Corruption et démocratie en Algérie*. Paris, La Dispute.

HOURS B., 2002. *Domination, dépendance et globalisation. Tracés d'anthropologie politique*. Paris, L'Harmattan.

HUGUES E. C., 1986. *Le regard sociologique. Essais choisis*. Paris, Editions des sciences sociales.

MEBTOUL M., 1994. *Une anthropologie de la proximité, les professionnels de la santé*. Paris, L'Harmattan.

NOVEMBER A., 2001. « Entre l'État et le marché : les hésitations de la Hongrie », in RAINHORA J. D., BURNIER M. J. (dir.), *La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXI^e siècle*. Paris, PUF : 151-160.

NOTES

1. Soulignons que le secteur privé dans le domaine des soins est constitué par des mondes sociaux très différenciés et hiérarchisés selon les générations de médecins, leurs spécialités, les moyens financiers et techniques investis et leur lieu d'implantation. Cette hiérarchisation sociale se traduit par la présence du nouveau médecin généraliste en quête de quelques patients, des spécialistes privés qui représentent à eux seuls des mondes sociaux très diversifiés, et enfin, c'est l'objet de notre préoccupation de recherche, on trouve les cliniques privées qui n'hésitent pas à

acquérir les moyens techniques les plus performants et à capter de façon offensive les médecins spécialistes des cabinets privés et ceux de l'hôpital.

2. Les experts du ministère de la Santé reconnaissent cette extension rapide du secteur privé des soins. « Après avoir été limité essentiellement aux activités de consultation, le secteur privé a connu un développement rapide dans les années quatre-vingt-dix, à la faveur de la promulgation de la loi 88-15 du 3 mai 1988 et du décret 88-204 du 18 octobre 1988, fixant les conditions de réalisation et de mise en fonctionnement des cliniques privées. Son champ d'intervention s'est étendu ainsi aux activités d'exploration (biologiques et radiologiques) et d'hospitalisation (chirurgie et gynécologie-obstétrique notamment). Le secteur privé regroupe actuellement 51% de l'effectif total des praticiens spécialistes, 32% de celui des généralistes et 89% de celui des pharmaciens » (*Développement du système national de santé, stratégie et perspectives*, ministère de la Santé, mai 2002 : 22).

3. Il suffit d'observer attentivement les plaques professionnelles situées à l'entrée des cabinets privés, pour noter une réappropriation abusive du statut de spécialiste. Un médecin généraliste s'octroie le titre de spécialiste des enfants, etc.

4. *Projection du développement du secteur de la santé : perspective décennale*, ministère de la Santé, 2003 : 19.

5. Aujourd'hui, c'est le ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière.

6. Le décret 99-236 du 19 octobre 1999 permet ainsi aux spécialistes du secteur public, d'exercer durant deux demi-journées par semaine dans le secteur privé des soins.

RÉSUMÉS

Cet article tente d'analyser les processus qui ont conduit à l'émergence et au renforcement du secteur privé des soins en Algérie durant la décennie quatre-vingt-dix. Il insiste sur ces multiples recompositions qui vont s'opérer entre l'État, les spécialistes du secteur public et celui du privé, permettant à de nouveaux acteurs d'investir le champ de la santé. Les imbrications entre les logiques sociales déployées par les pouvoirs publics et les médecins spécialistes, montrent bien la prédominance d'un marché difforme des soins, à l'origine du renforcement du secteur privé qui se « nourrit » des dysfonctionnements des hôpitaux mais aussi d'un mode de régulation bureaucratique et centralisé du système de santé.

This article analyses the processes which have led to the emergence and consolidation of the private healthcare sector in Algeria during the 1990s. It emphasises the complex restructuring of relationships between the State, public sector specialists and those in the private sector which has occurred, allowing new actors to enter the health field. The interlinked social logics deployed by the authorities and by specialist doctors reveal the predominance of a deformed healthcare market. This is the root cause of the consolidation of the private sector which « feeds on » the shortcomings of the hospitals but also of a bureaucratic and centralised method of regulating the healthcare system.

INDEX

Keywords : hospital, market, medical technology, private healthcare sector, specialist doctors

Mots-clés : hôpital, marché, médecin spécialiste, secteur privé des soins, technologie médicale

AUTEUR

MOHAMED MEBTOUL

GRAS – Université d'Oran